

# Base-Escuela

## Formularios de Inscripción de Telehealth

Su hijo puede ser elegible para el programa de telehealth, telesalud, a través del Sistema de Salud de Spartanburg Regional. Por favor lea la información provista en este paquete para decidir si este programa es adecuado para usted y su hijo.

¡Nos complace ofrecer el programa de telesalud base/escuela a través de la escuela de su hijo! Hay tres formularios que usted debe firmar para confirmar la inscripción de su hijo en el programa:

<b>Formulario</b>	<b>Propósito</b>
Consentimiento para el Tratamiento	Al firmar este formulario le permite a su hijo recibir atención médica en su escuela.
Autorización para Divulgar Información Médica	Al firmar este formulario, los proveedores de atención médica de telesalud, la(el) enfermera(o) de la escuela y el proveedor principal de atención de su hijo pueden compartir información médica sobre la salud de su hijo.
Demografía/Información	Este formulario es información básica sobre su hijo. Incluye su dirección, número de teléfono y otra información que la(el) enfermera(o) necesita para hacer un registro médico para la visita. También tiene su nombre y número de teléfono para que la(el) enfermera(o) pueda comunicarse con usted antes y después de la visita. La información de seguro que nos proporciona nos ayuda a facturar a su compañía de seguros.

Si tiene alguna pregunta adicional, comuníquese con la(el) enfermera(o) de su escuela o con la enfermera de Telehealth Services.

Carol Foil al 864-560-6490.

**SOUTH CAROLINA**



Spartanburg Regional Healthcare System  
CENTRO MEDICO DE SPARTANBURG  
CENTRO DE PEDIATRIA  
CLINICA BASE/ESCUELA  
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Por la presente, doy mi consentimiento para que mi hijo, mencionado anteriormente, reciba atención médica del Programa Base/Escuela, que es operado por el distrito escolar de mi hijo y el Centro Médico de Pediatría de Spartanburg. Entiendo que la atención se brindará de manera privada y la información no se divulgará sin mi consentimiento. Permito expresamente que los médicos o los profesionales de la salud designados brinden o aconsejen un tratamiento para mi hijo y facturen los servicios prestados. Entiendo que los residentes supervisados y estudiantes pueden ayudar en el cuidado de mi hijo, y entiendo que mi hijo puede recibir atención médica de proveedores, que están autorizados por el distrito escolar de mi hijo pero que no están afiliados con el Centro Médico de Spartanburg-Centro de Pediatría.

Yo autorizo a Spartanburg Medical Center a divulgar la información necesaria a cualquier tercera parte responsable del pago de los servicios médicos (incluidos Medicare, Medicaid y pagadores comerciales de terceros).

Yo reconozco que seré responsable de cualquier pago que no esté cubierto por mi plan de salud, para incluir los deducibles. Entiendo que este formulario de consentimiento es válido, hasta que lo revoque.

**He recibo una copia del "Aviso de Prácticas de Privacidad" del Centro Médico de Spartanburg, y no tengo ninguna pregunta.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián  
(de estudiantes mayor de 18 años o designados por ley)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre/Imprenta Padre/Guardián  
(de estudiantes mayores de 18 años o designados por ley)

Identificación del Paciente  
Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

**Spartanburg Regional Healthcare System**  
**CENTRO MEDICO DE SPARTANBURG**  
**CENTRO DE PEDIATRIA**  
**AUTORIZACION BASE/ESCUELA PARA DIVULGAR INFORMACION**  
**INFORMACION DE PROTECCION MEDICA**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Al firmar la presente, autorizo a la clínica escolar de mi hijo, a la enfermera de la escuela y al / los proveedor (es) de atención médica de mi hijo a compartir información médica sobre mi hijo con el Centro Médico de Spartanburg - Centro de Pediatría, según sea necesario, yo entiendo que esta información se mantendrá en forma confidencial.

El propósito de la divulgación es: la participación en servicios de salud escolar.

La información de salud protegida que se comparte incluye todos los registros. Los ejemplos de información de salud protegida que pueden compartirse incluyen, entre otros, los siguientes:

- Historial médico (incluido cualquier diagnóstico y tratamiento médico)
- Exámenes físicos
- Consultas
- Informes de Laboratorio
- Listado de medicamentos actuales.

Yo entiendo que esta información puede incluir referencias a atención psiquiátrica/psicológica, abuso sexual, abuso de drogas, resultados de pruebas para todas las enfermedades infecciosas (incluido el VIH / SIDA) y/ o abuso del alcohol.

Yo entiendo que esta información puede ser intercambiada por correo, fax, email, teléfono o una página web segura.

Yo entiendo que tengo el derecho de cancelar esta autorización en cualquier momento, que debe ser por escrito y presentada a la oficina del Programa de Salud Escolar. Entiendo que dicha cancelación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado en relación con esta autorización, y que este formulario de autorización es válido por un año después de la fecha firmada hasta que la revoque, a menos que ingrese una fecha diferente aquí:

Yo entiendo que permitir la divulgación de información médica protegida es voluntaria y que puedo negarme a firmar este formulario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento. Puedo revisar y / o copiar la información que se divulgará, según lo dispuesto en 45 CFR &164.524. Yo entiendo que cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de una nueva divulgación por parte de la persona / organización que recibe la información. Entiendo que me darán una copia de esta autorización.

No se requiere el consentimiento de los padres para divulgar información de salud para los estudiantes mayores de 18 años.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Guardián  
(de estudiantes mayores de 18 o designados por ley)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre/Imprenta Padre/Guardián  
(de estudiantes mayores de 18 o designados por ley)

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente

Para contactar a la oficina del Programa Base/Escuela del Centro Médico de Spartanburg-Centro de Pediatría, por escrito la dirección es 853 North Church Street -Suite 401, Spartanburg SC 29303; el número de teléfono es (864) 560.6287.

Identificación del Paciente

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

# Spartanburg Regional Healthcare System

CENTRO MEDICO DE SPARTANBURG  
CENTRO DE PEDIATRIA  
CLINICA BASE/ESCUELA  
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Grado \_\_\_\_\_ Nombre/Profesor: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento/Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lenguaje Primario: Inglés \_\_\_ Español \_\_\_ Otro \_\_\_

Sexo: \_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Raza: \_\_\_ Moreno \_\_\_ Blanco \_\_\_ Hispano \_\_\_ Asiático \_\_\_ Multiracial \_\_\_ Otro

Nombre/Proveedor Primario: \_\_\_\_\_

Nombre Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha/Nacimiento Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Padre/Guardián #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Información de la persona (o personas) para llamar si no se ubican a los padres o guardián.

Nombre de la persona en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la persona en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL SEGURO DEL PACIENTE – Incluya una copia frente y atrás de la Tarjeta Medicaid/Tarjeta de Seguro

\_\_\_\_\_ 1. Medicaid # \_\_\_\_\_ Plan Medicaid \_\_\_\_\_  
Seguro Privado de Salud:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 2. ¿Quién(nombre) asegura al niño? Relación con el niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 3. Seguro de Salud Privado:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_

Identificación del Paciente  
Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_

# Spartanburg Regional Healthcare System

CENTRO MEDICO DE SPARTANBURG  
CENTRO DE PEDIATRIA  
CLINICA BASE/ESCUELA  
CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Grado \_\_\_\_\_ Nombre/Profesor: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento/Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Lenguaje Primario: Inglés \_\_\_ Español \_\_\_ Otro \_\_\_

Sexo: \_\_\_ Hombre \_\_\_ Mujer Seguro Social #: \_\_\_\_\_  
Raza: \_\_\_ Moreno \_\_\_ Blanco \_\_\_ Hispano \_\_\_ Asiático \_\_\_ Multiracial \_\_\_ Otro

Nombre/Proveedor Primario: \_\_\_\_\_

Nombre Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha/Nacimiento Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Padre/Guardián #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Información de la persona (o personas) para llamar si no se ubican a los padres o guardián.

Nombre de la persona en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Nombre de la persona en caso de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

INFORMACION DEL SEGURO DEL PACIENTE – Incluya una copia frente y atrás de la Tarjeta Medicaid/Tarjeta de Seguro

\_\_\_\_\_ 1. Medicaid # \_\_\_\_\_ Plan Medicaid \_\_\_\_\_  
Seguro Privado de Salud:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 2. ¿Quién(nombre) asegura al niño? Relación con el niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 3. Seguro de Salud Privado:  
Nombre: \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_

Identificación del Paciente  
Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

MRN \_\_\_\_\_



## CONSENTIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN DE REGISTROS DE EDUCACIÓN E INFORMACIÓN

Entiendo que el Distrito Escolar 7 de Spartanburg (el "Distrito") está sujeto a la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), a los estatutos y regulaciones estatales, y a las políticas y procedimientos del Estado y del Distrito para garantizar la confidencialidad de la información del estudiante.

Mi firma a continuación documenta mi permiso para que el Distrito brinde información médica, psicológica y otro tipo de información personal sobre mi hijo, según sea necesario, a los representantes del programa de Salud Base-Escuela que opera en asociación con el Centro Médico de Spartanburg - Centro de Pediatría. Entiendo que el propósito de esta versión es ofrecer al proveedor de mi hijo con la información que necesita para proporcionar servicios y tratamiento relacionados con la salud a mi hijo.

### CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Al proporcionar mi firma a continuación, yo entiendo que al otorgar el consentimiento para la divulgación de información de identificación personal de los registros educativos de mi hijo es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. Si luego revoco el consentimiento, dicha revocación no es retroactiva (es decir, no niega una acción que ocurrió después de que se otorgó el consentimiento y antes de que se revocara el consentimiento y entiendo que este formulario de consentimiento es válido hasta que yo lo revoque).

Al proporcionar mi firma a continuación, yo entiendo que el que recibe estos registros debe obtener mi consentimiento por escrito antes de que pueda compartir la información del Distrito en relación con mi hijo con cualquier otra parte, por ejemplo, con el propósito de facturar a Medicaid. Si yo proporciono un consentimiento por escrito para que el proveedor de servicios comparta la información de mi hijo con otra parte, es posible que la re-divulgación de la información de mi hijo por parte del destinatario ya no esté protegida por FERPA.

\_\_\_\_\_ Nombre del Estudiante  
Fecha de Nacimiento/Estudiant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián  
Fecha \_\_\_\_\_

Para comunicarse con la oficina del Programa de Salud Base-Escuela del Centro Médico de Spartanburg - Centro de Pediatría, por escrito, la dirección es 853 North Church Street - Suite 401, Spartanburg SC 29303; el número de teléfono es (864) 560-6287.

## SPARTANBURG SCHOOL DISTRICT 7

### Consentimiento para Reembolso de Seguros Privados y Medicaid

---

El Distrito Escolar Siete del Condado de Spartanburg (el Distrito) y el Departamento de Educación de Carolina del Sur (SCDE) tienen mi permiso para proveer servicios de salud a mi hijo y proveer e intercambiar información médica, psicológica y otros datos confidenciales, si fuera necesario, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Sur Carolina (SCDHHS) y compañías de seguros de tercera parte por servicios de salud proveídos a mi hijo. Yo entiendo que el propósito de este consentimiento es extender la factura a Medicaid y/o servicios privados de tercera parte indicados para Individuos con Discapacidad Educativa (IDEA).

Con mi firma, doy al Distrito y al SCDE mi permiso para extender y recibir pagos de Medicaid y otras compañías de seguros de tercera parte por diagnóstico y servicios de evaluación psicológica, evaluación de comportamiento, servicios de enfermería y otros servicios de salud que son facturados a Medicaid o seguros de tercera parte con o sin el requerimiento de un programa de educación individualizada (IEP). Entiendo que el Distrito me entregará una notificación escrita consistente con la regulación de IDEA 34 C.F.R. && 300.154(d)(2)(v) y 300.503(c), antes de firmar el consentimiento y tener acceso a Medicaid o beneficios de seguros de tercera parte para mi hijo.

Asímismo, entiendo que el Distrito debe proveerme anualmente una notificación escrita de mis derechos relativos a los servicios de Medicaid y seguros de tercera parte para obtener información de mi hijo y antes que el Distrito y el SCDE tenga acceso a mis beneficios para pagar los servicios regulados de IDEA. Este consentimiento para pasar la factura a Medicaid y seguros de tercera parte es por sólo una vez y no se requiere anualmente, a no ser que ocurra un cambio en el tipo o monto de servicios que se brindarán o un cambio en el costo de servicios para ser facturados a Medicaid proveídos a mi hijo o algún cambio en el costo de los servicios para ser cargados a compañías de seguros de tercera clase.

Yo entiendo que el reembolso de Medicaid relacionados a servicios de salud proveídos por el Distrito y el SCDE no afectará ningún otro servicio de Medicaid para el cual mi hijo es elegible. Yo entiendo que mi hijo recibirá los servicios listados en el IEP sin tener en cuenta si yo decido obtener un seguro público o privado para mi hijo. Yo también entiendo que si niego el acceso personal con información de mi hijo al SCDHHS o algún seguro de tercera parte no libera al Distrito de su responsabilidad para asegurar que todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo sean proveídos sin costo alguno de mi parte.

Yo entiendo que mi consentimiento es voluntario y puedo anularlo en cualquier momento. Si después yo niego mi consentimiento, este no es retroactivo (i.e., no niega la acción que haya ocurrido después del permiso y antes de que el permiso fuera anulado).

Asímismo, yo entiendo que el Distrito y el SCDE operarán según las normas de IDEA y las políticas de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) para mantener los servicios de salud relacionados a mi hijo en forma confidencial.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Medicaid #: \_\_\_\_\_

Firma de los Padres/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

